

Estudo Comparativo: Prematuridade e Ansiedade

MARIA DE DEUS AREIAS (*)
TERESA MORAIS BOTELHO (**)

1. INTRODUÇÃO

Ao nível clínico, o grupo dos prematuros merece especial atenção por existir frequentemente história de prematuridade na anamnese de diversos casos de patologia grave, tais como carência de cuidados, carência afectiva, abandono, maus tratos e todo um leque de perturbações emocionais e de personalidade.

Existe consenso na literatura quanto a dificuldades no estabelecimento da relação mãe-filho que surgem devido às vicissitudes inerentes à própria situação de prematuridade. Assim, o bebé prematuro é considerado como «criança de risco»: por um lado, risco de atraso de desenvolvimento, por outro, risco de dificuldades ao nível relacional.

Neste trabalho queremos abordar dois aspectos acima referidos, nomeadamente o atraso e/ou a perturbação do desenvolvimento e as dificuldades ao nível relacional, mais especificamente, a ansiedade das mães de prematuros. Pretendemos averiguar experimentalmente se, de facto, as mães destas crianças são mais ansiosas e manifestam mais comportamentos ansiosos do que as mães de crianças de termo. De referir que a nossa investigação se vai debruçar sobre crianças em idade pré-escolar, isto é, entre os 60 e os 71 meses de idade. Pensamos ser esta

a idade ideal para o estudo, na medida em que a situação de crise pós-parto já foi ultrapassada e a vivência angustiante da primeira infância (altura em que ainda poderão surgir «marcas» graves da prematuridade) pertence ao passado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O termo «prematuridade» aplica-se ao nascimento antes ou às 37 semanas de gestação com um peso inferior ou igual a 2.500 Kg (O.M.S., 1951).

2.1. O Período Pré-Natal

Blau et col. (1963), argumentam que em 50% dos casos não se encontra causa obstétrica ou outra causa orgânica para o parto prematuro e a sua elevada incidência em mulheres jovens, primíparas, solteiras e/ou de étnias minoritárias bem como em casos de abortos repetidos, morte fetal ou antecedentes de prematuridade, sugere o peso do *stress* emocional no desencadear do parto prematuro.

Mais genericamente Soifer (1986), considera a altura da inversão interna (em que a criança se coloca de cabeça para baixo, no útero, entre o 6º e o 8º mês) como determinante na psicogénese. Pode provocar grande angústia, levando a somatizações várias e, em caso extremo, ao parto prematuro.

(*) Psicóloga.

(**) Psicóloga.

De qualquer forma, como lembra Wortis (1960, cit. em Kaplan & Mason, 1960), ao considerarmos os factores de risco para a prematuridade vemos que a mãe tipicamente vivenciou *stress* mesmo antes do parto, numa ou noutra área (física, emocional ou social), o que tem de ser tido em conta para uma compreensão adequada do seu comportamento no pós-parto.

2.2. O Parto Prematuro

No caso do parto prematuro, para além de haver interrupção do desenvolvimento maturativo fantasmático do bebé imaginário, podem surgir dificuldades no investimento deste recém-nascido que está tão longe do fantasiado. Soulé (1988), aponta para o risco de a mãe continuar a privilegiar a criança imaginária; terá, inevitavelmente e desta feita fora de tempo, de viver uma segunda vez o nascimento do bebé.

Uma grande distância entre o parto ideal imaginado e o parto real pode ser vivida num registo de desvalorização narcísica. No caso do parto prematuro este risco aumenta e a mãe tem amplas oportunidades de se viver como «má mãe», incapaz de produzir uma «boa criança» e de desempenhar a sua função de «maternage» já que a criança é confiada a uma máquina (Soulé, 1982). Surge frustração, angústia, abalo ao narcisismo materno que não terá a contrapartida reparadora do ser «mãe» nem as gratificações esperadas ao nível da valorização social.

Das entrevistas feitas a mães de prematuros, Lavollay et col. (1982), salientam os relatos generalizados de irrealidade do parto, sensação de vago, de rapidez, de urgência. No caso de prematuridade, o parto por cesariana parece contribuir para a não realização de que a criança nasceu. Vários autores falaram de «maternidade em branco» em que, após o parto, a gravidez prossegue «à plat ventre» (Soulé, 1982).

2.3. A Relação Mãe-Bebé Prematuro

Vários autores consideram a criança prematura como sendo de alto risco por «défices interacionais» (Field, 1977) existindo amplas possibilidades de «derrapagens» no diálogo. As mães têm tendência para se culpabilizarem e pensarem

que, de alguma forma, não lidam adequadamente com as crianças (Prechtel, 1963, cit. em Als et col., 1982). Para além da culpabilidade, quando nada dá resultado com a criança, surge a frustração, a ansiedade e a depressão.

Para além de serem bebés dificilmente acalmáveis, os prematuros são, no geral, bebés pouco «focos» que não entram em diálogo tónico com o corpo da mãe. Isto pode ser problemático quando a mãe tem grande necessidade de acariciar e pegar no bebé.

Robson & Moss (1970), entre outros autores, referem que o contacto visual é uma fonte de intenso prazer para a mãe. De novo, aqui, o bebé ante-termo encontra-se em desvantagem. De par com esta capacidade inicialmente pouco desenvolvida, lembramos a tendência geral da mãe para compensar as características do bebé estimulando-o excessivamente. Com este comportamento, as mães podem tornar-se intrusivas. Face a uma mãe hiperactiva, o bebé tem tendência para esquivar o olhar e agitar-se (Field, 1977). Surgem problemas quando em vez de tomar este sinal como indicador de terminação momentânea, a mãe insiste. O evitamento do olhar é reforçado, levando à circularidade dos comportamentos e a uma interacção não produtiva e pouco gratificante (Field, 1977).

2.4. O Desenvolvimento da Criança Prematura

Actualmente, a percentagem de défices neurológicos, deficiências mentais e/ou motoras é avaliada até 15% (Kopp, 1983). Segundo estatísticas do Instituto de Puericultura de Paris (1989), a percentagem de sequelas psicomotoras e sensoriais em prematuros com 32 semanas de gestação ou mais e peso superior a 1.500 Kg é de 5%. Nos casos de grande prematuridade houve entre 1956 e 1980 uma redução de 50% de sequelas graves nos bebés com menos de 1.000 Kg e uma redução de 75% para bebés entre 1.250 e 1.500 Kg.

Os relatos de um desenvolvimento qualitativamente diferente no prematuro, quer na esfera emocional quer na cognitiva e na motora são frequentes. Em França, Bergés et col. (1969, cit. em Kreisler & Soulé, 1985), a partir dos seus trabalhos de acompanhamento de crianças prematuras até aos seis anos de idade, intriduziram

a noção de «síndrome do antigo prematuro», que remete essencialmente para problemas motores, de lateralidade e de orientação espacial. Podemos citar ainda a noção de «vulnerable child syndrome» desenvolvida por Solnit e Green (cit. em Soulé, 1982) em que a criança apresenta dificuldades em se separar, comportamentos regressivos, queixas hipocondríacas e instabilidade.

Segundo os dados do Instituto de Puericultura de Paris (1989), a evolução psico-afectiva da criança prematura é também motivo de preocupação. Dados de crianças seguidas num Centro de Acção Médico Social revelam que em 18% dos casos existe perturbação da relação pais-criança e uma taxa de 3.5% de abandono no período neonatal.

3. DELINEAMENTO

Hipótese 1: As mães de crianças prematuras são mais ansiosas do que as mães de crianças de termo.

Para a verificação desta hipótese oporemos os resultados obtidos, na escala de ansiedade, das mães de grandes prematuros aos das mães de crianças de termo.

Hipótese 2: O desenvolvimento da criança é tanto menor quanto maior for a ansiedade materna.

Vamos verificar se o grupo das mães mais ansiosas têm filhos com desenvolvimento mais fraco e inversamente se o grupo das mães menos ansiosas têm filhos com melhor desenvolvimento.

Hipótese 3: As mães de crianças prematuras têm um comportamento diferente do comportamento das mães de crianças de termo.

Oporemos os resultados obtidos através da grelha de observação naturalista: mães de grandes prematuros *versus* mães de crianças de termo.

4. RESULTADOS

Hipótese 1: Comparação dos níveis de ansiedade materna

Os resultados obtidos permitem-nos dizer (com 99% de segurança) que existe uma dife-

rença entre os dois grupos considerados no que concerne à ansiedade materna. Assim, podemos verificar que as mães de crianças prematuras são mais ansiosas do que as mães de crianças de termo.

Hipótese 2: Estudo da correlação entre ansiedade materna e Q.D.

Os resultados permitem-nos afirmar com 95% de segurança que existe uma correlação negativa entre o Q.D. das crianças e a ansiedade materna, isto é, será de esperar que quanto maior a ansiedade da mãe, menor o Q.D. da criança.

Hipótese 3: Comparação entre frequências de comportamento materno

Diferenças encontradas ao N.S. —0.01: (1) Encorajamento; (2) Reforço do Sucesso; (3) Mãe Ensina/Dá Explicações; (4) Mãe Fornece Pistas; (5) Mãe Faz Movimentos de Aproximação; (6) Mãe Corrige.

Diferenças encontradas ao N.S.=0.05: (1) Mãe Estimula Atenção.

Items sem diferença significativa: (1) Mãe Faz pela Criança; (2) Mãe Procura Contacto Físico; (3) Mãe Justifica Fracasso.

QUADRO 1

Organização Geral do Estudo

VARIÁVEL	INSTRUMENTO
Quociente de Desenvolvimento	Escala de Desenvolvimento GRIFFITHS
Nível de ansiedade materna	Escala EMKK: Questionário de atitudes e sentimentos maternos
Frequência de comportamentos maternos	Grelha de Observação Naturalista do Comportamento Materno

Grupo Experimental: Grandes Prematuros

Grupo Controlo: Termo

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em primeiro lugar e em relação aos compor-

QUADRO 2
Caracterização das Amostras

	GRANDES PREMATUROS	DE TERMO
SEXO		
F	8	9
M	7	6
Número de Semanas Gestação	Amplitude 26-34 X = 28.87 = 29	
Peso à nascença	Amplitude 490g - 1450g X = 1.165Kg	
Idade das crianças	65M	65M
Idade da Mãe	Amplitude 26 - 41 X = 30	Amplitude 24 - 40 X = 31.4
ESCOLARIDADE (MÃE)		
Ensino Superior	2 - 13.33%	3 - 20%
Ensino Complementar	3 - 20%	5 - 33.33%
Ensino Secundário	7 - 46.67%	3 - 20%
Ensino Preparatório	1 - 6.67%	2 - 13.33%
Ensino Primário	2 - 13.33%	2 - 13.33%

tamentos maternos por nós estudados através da grelha de observação naturalista, podemos extrapolar o seguinte: (a) o «encorajamento» (verbal e não verbal), bem como «mãe fornece pistas» e «mãe faz movimentos de aproximação» apresentam-se como comportamentos estreitamente ligados à ansiedade materna das díades prematuras; (b) os comportamentos «mãe estimula atenção» e «mãe ensina/dá explicações» embora também sejam significativos das díades prematuras, não o são com a precisão dos termos acima referidos; (c) um comportamento que se evidencia, por ser o único que se encontra significativamente associado às díades de termo é «reforço do sucesso» (verbal e não verbal). De facto, somos levados a crer que se este comportamento se encontra de alguma forma relacionado com a expressão de ansiedade, então

tratar-se-á certamente de uma expressão dentro dos parâmetros normais. Imaginamos que a situação de avaliação da criança pode ser vivida pela mãe como uma situação de testagem da sua competência para ser mãe, impondo-se que o filho tenha uma boa *performance*. Assim, é prioritário, para a mãe da criança prematura, encorajar o filho, dar-lhe pistas, ensiná-lo ou dar-lhe explicações afim de que mostre «o que sabe fazer» para que se veja «a boa mãe que tem». Neste cenário, o reforço é dispensável... O que a mãe pretendia (a execução correcta) já não precisa da sua intervenção. Em suma, a mãe do prematuro intervém no «antes» numa posição preventiva do falhanço. (d) encontramos três comportamentos cuja natureza ansiosa ou incidência também não é o que inicialmente supunhamos; isto porque não se encontram

diferenças significativas entre os dois grupos em estudo; isto é importante na medida em que o primeiro grupo é de cariz fortemente ansioso, não só pelos comportamentos ansiosos manifestos (grelha de observação) como também pelas suas auto-avaliações (escala de ansiedade). São eles: mãe faz pela criança, mãe procura contacto físico e mãe justifica fracasso. Em relação ao primeiro, é de admirar que não exista uma diferença significativa na medida em que a mãe ao sentir-se testada podia tender para a execução ela própria das tarefas destinadas à criança. Podemos pensar que seria uma conduta por demais evidente, facilmente travada pelo investigador; talvez opte, então, por comportamentos mais subtis. Neste sentido vão os resultados obtidos para dois outros itens: a diferença relativamente à procura de contacto físico não é significativa. Todavia, a diferença em relação aos movimentos de aproximação é altamente significativa. De novo, temos comportamentos que revelam diferentes graus de subtilidade: o tocar no filho é uma manifestação explícita enquanto que o movimento de arranjar a posição da cadeira é uma expressão mais subreptícia.

Estes resultados são claros, sendo lícito concluir à sua luz que existem diferenças ao nível dos comportamentos de mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo.

Apesar de existir a tendência para a tentativa de camuflagem de comportamentos ansiosos, ao nível da auto-avaliação (escala de ansiedade) as mães revelam abertamente o quanto se sentem ansiosas em relação aos cuidados maternos e às questões centradas na criança. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que as mães das crianças prematuras são mais ansiosas do que as mães de crianças de termo.

A nossa hipótese é a de que este comportamento ansioso interferente compromete o desenvolvimento da criança. De facto, os nossos resultados revelam que, na sua globalidade, os prematuros não só têm um desenvolvimento significativamente diferente ao das crianças de termo como se encontra abaixo da média. Confirmámos existir uma relação entre ansiedade materna e desenvolvimento infantil, no sentido de que quanto maior a ansiedade materna, menor é o desenvolvimento da criança. Dada a

natureza do estudo não estamos perante uma relação causal mas a nossa investigação e os resultados dela extraídos sugerem pistas para novas pesquisas nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- Als, H., Lester, B.M., Tronick, E. & Brazelton, T.B. (1982). Toward a Research Instrument for the Assessment of Preterm Infants' Behaviour (APIB). In *Theory and Research in Behavioural Pediatrics*, Vol. 1 (H.E. Fitzgerald, Ed. et col., Eds.), New York: Plenum Press.
- Blanc, M. Le (1989). Comparaison du Comportement de Mères d'Enfant à Terme et de Mères d'Enfant Prématuro lors d'une Interaction avec leurs Bébés». *Psychiatrie de l'Enfant*, 1 (XXXII): 249-268.
- Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, J., Springarn, J. & Cohen, J. (1963). The Psychogenic Etiology of Premature Birth. *Psychosomatic Medicine*, 3(XXV): 201-211.
- Caplan, G. (1960). Patterns of Parental Response to the Crisis of the Premature Birth. *Psychiatry*, 23: 365-374.
- Crawford, J.W. (1982). Mother-Infant Interaction in Premature and Full Term Infants. *Child Development*, 53: 957-962.
- Field, M.T. (1977). Effects of Early Separation, Interactive Deficits and Experimental Manipulations on Infant-Mother Face-to-Face Interaction». *Child Development*, 48: 763-771.
- Gomes-Pedro, J. C. (1982). *Influência no Comportamento do Recém-Nascido do Contacto Precoce com a Mãe*. Lisboa: Salamandra.
- Greenberg, M.T. & Crnic, K.A. (1988). Longitudinal Predictors of Developmental Status and Social Interaction in Premature and Full-Term Infants at age Two. *Child Development*, 59: 554-570.
- Instituto de Puericultura de Paris (1989). Dados epidemiológicos publicados em *Science et Vie*, 169.
- Kaplan, D. & Mason, E.A. (1960). Maternal reactions to Premature Birth Viewed as an Acute Emotional Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30: 539-547.
- Kopp, C. (1983). Risk Factors in Development. In *Handbook of Child Psychology* (Mussen, Ed.), New York: John Wiley and Sons.
- Lavollay, B., Levy, A. & Burnsztejn, C. (1982). L'Etablissement du Lien Mère-Enfant après Separation Précoce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 4-5(30): 241-245.
- Siegel, L.S. (1982). Reproductive, Perinatal and

Environmental Factors as Predictors of the Cognitive and Language Development of Preterm and Full-term Infants. *Child Development*, 53: 963-973.

Soifer, R. (1986). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Soulé, M. (1982). L'Enfant dans la Tête, l'Enfant Imaginaire. In *La Dynamique du Nourrisson* (T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreissler, R. Schappiu & M. Soulé, Eds.), Paris: E.S.F.

Winnicott, D. (1969). La Préoccupation Maternelle Primaire. In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris: Payot.

RESUMO

As autoras estudaram um grupo de díades mãe-criança prematura e outro constituído por díades

de termo, com crianças em idade pré-escolar. Constataram que as mães do primeiro grupo são mais ansiosas do que as mães de crianças de termo; que existe uma relação entre a ansiedade das mães e o Quociente de Desenvolvimento (Q.D.) dos filhos; que as mães de crianças grande prematuras apresentam um comportamento diferente do das mães de crianças de termo.

ABSTRACT

The authors studied the relationship between mother-premature infant and mother-term infant, when these children were at pre-school age level. The results point to: greater anxiety levels in the mothers of the first group; a relationship between level of maternal anxiety and infant D.Q.; mothers of pre-matures exhibit different behaviours to those of term infants.